

DIENSTUNFALLMELDUNG

Empfänger

Angaben zu Dienststelle											
Die Unfallanzeige wird ausgefüllt von:											
Name					Vorname						
Anschrift Dienststelle											
Personendaten (Anonym)											
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			Geburtsdatum		Tag		Monat		Jahr		
Daten zur Arbeit											
Dienstunfähig von					Tag		Monat		Jahr		
Dienstunfähig <input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/> voraussichtlich dauerhaft					Tag		Monat		Jahr		
Zum Zeitpunkt des Unfalls beschäftigt als											
Angaben zum Unfall											
Unfallhergang											
Unfalldatum / Zeit				Tag		Monat		Jahr		Uhrzeit	
Unfallort (PLZ)				Unfall im Straßenverkehr: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Angaben zur Verletzung											
Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein											
Verletzte Körperteile					Art der Verletzung						

Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten

Telefon-Nr. für Rückfragen